ITEM 329 : TRAUMATISME DU REIN

Rappels :
- Polytraumatisme = **≥ 2 lésions traumatiques** dont **≥ 1 met le pronostic vital en jeu**.
- Epidémio : lésions traumatiques = 1ère cause de mortalité du sujet jeune, 3ème cause de mortalité tout confondu
  50% des polytraumatisés décèdent sur le lieu de l'accident ou durant le transport
- Instabilité hémodynamique persistante **exceptionnelle** dans les traumatismes urologiques isolés (« tamponnement » du saignement par l'espace rétropéritonéal non extensible)
- **Ne pas ouvrir le rétropéritoine** lors d'un saignement d'un organe intrapéritonéal (peut rédeclencher le saignement contenu jusque là dans l'espace rétropéritonéal)

- Mécanisme : choc direct
  accident à haute cinétique : décélération (lésions pédiculaires + absence d'hématurie car rein non sécrétant)
  traumatisme pénétrant

Diagnostic

Int

- Antécédents : notamment urologiques (rein unique, chirurgie rénale, uropathie malformative)
- Contexte de survenue : mécanisme, heure exacte

SC

- **Etat hémodynamique** (signes de choc ?)
- Douleur lombaire (EVA)
- Couleur des urines ++ (hématurie macroscopique ?)
- BU

PC

Bilan biologique

- créatinine, ionogramme, urée,
- Hb, bilan de coagulation, bilan pré-transfusionnel

Imagerie

UroTDM = TDM sans puis avec injection (temps artériel, temps portal, temps tardif = urinaire)
↳ recherche extravasation urinaire
- Indications : - hématurie macroscopique
  - accident à haute cinétique
  - traumatisme pénétrant
  → **systématique**
- Permet de remplir la classification pronostique AAST
- NPO de rechercher les lésions associées (Bodyscan)

Classification AAST

Grade 1		- hématurie sans lésion visible = contusion - hématome sous capsulaire sans trait de fracture parenchymateux
Grade 2		- hématome périrénal, trait de fracture parenchymateux < 1cm, ∅ extravasation urinaire
Grade 3		- hématome périrénal, trait de fracture parenchymateux > 1cm, ∅ extravasation urinaire
Grade 4	**Haut grade**	- atteinte de la voie excrétrice : extravasation urinaire - atteinte des branches de l'artère rénale : fragment de rein dévascularisé
Grade 5	**Haut grade**	- rein totalement détruit : ∅ de réhaussement après injection - atteinte pédiculaire (dissection/avulsion)

Prise en charge en urgence

Toujours favoriser le traitement conservateur ++

Traitement symptomatique

- Hospitalisation en réanimation ou en urologie (selon le grade)
- Antalgiques, hydratation (PO ou IV)
- Surveillance :
  ↳ clinique : signes de choc, température, EVA, hématurie, examen abdominal
  ↳ paraclinique : Hb, créatinine, TDM de contrôle si lésion de haut grade (= 4 ou 5)

Radiologie interventionnelle

- Artériographie + embolisation sélective si **extravasation de PdC au temps artériel**
- Recanalisation (angioplastie + stent) **si dissection (grade 5)** si <6h

Drainage

= Percutané ou endoscopique (sonde urétrale/JJ)
- **Si extravasation de PdC persistante avec collection ou sepsis**

Exploration chirurgicale

Indications : - instabilité hémodynamique (exceptionnelle)
- évolution défavorable (septique)
- urohématome important (surinfection, syndrome du compartiment abdominal)

Complications	Précoces	- resaignement - dégradation hémodynamique - caillotage vésical	- surinfection d'un urohématome - MTEV - iléus réflexe
	Moyen terme	- fistule AV ou pseudo anévrisme (risque de resaignement) → *Traitement* : embolisation sélective - collections (abcès, urinome) → *Traitement* : drainage percutané/endoscopique	
	Tardives	- HTA rénovasculaire	

ITEM 329 : TRAUMATISME DE LA VESSIE

- Mécanisme : traumatisme du bassin principalement (70-97%)
- 2 sites de rupture :
  - ↳ *intrapéritonéal* = dôme vésical : vessie pleine dépassant la symphyse, rupture par augmentation de la pression intravésicale
  - ↳ *extrapéritonéal* = espace sous-péritonéal : os

Diagnostic	Int	- Antécédents - Contexte de survenue : mécanisme, heure exacte	
	SC	- Hématurie macroscopique + impossibilité d'uriner + empâtement sus-pubien + distension abdominale +/- signes d'irritation péritonéale	
	PC	Bilan biologique	- non spécifique (bilan polytraumatisme)
		Imagerie	- **Urétrocystographie rétrograde** = opacification de l'urètre et de la vessie par le méat urétral : diagnostic positif, localisation de la brèche (intra/extrapéritonéale) et diagnostic des lésions associées (urètre ++) - **Cystoscanner** = opacification de la vessie lors du TDM corps entier : alternative possible
PEC	Traitement selon le site de la perforation : ↳ **intrapéritonéale** : traitement chirurgical en urgence, sonde vésicale 7-10j ↳ **sous-péritonéale** : traitement conservateur, sondage prolongé (10j), contrôle cystographie avant ablation sonde		
Complications	- infections ++ (risque augmente si matériel d'ostéosynthèse à proximité) - péritonite - IRA (si diagnostic tardif)		

ITEM 329 : TRAUMATISME DE L'URETRE

- Mécanisme :
  - ↳ **lésions de l'urètre antérieur** : traumatisme iatrogène, traumatisme direct (corps étranger, pénétrant…), chute à califourchon, faux-pas du coït
  - ↳ **lésions de l'urètre postérieur** : traumatisme du bassin ++ (disjonction de la symphyse pubienne)
- Tout traumatisme du bassin est un traumatisme de l'urètre JPDC = sondage urétral CI ++

Diagnostic	Int		- Antécédents - Contexte de survenue : mécanisme, heure exacte
	SC		- TRIADE = urétrorragie + globe vésical/impossibilité à uriner + hématome périnéal en ailes de papillon
	PC	Bilan biologique	- Non spécifique (bilan polytraumatisme)
		Bilan étiologique	- **Urétrocystographie rétrograde** +/- **antérograde** si lésion complexe (KT sus-pubien) : diagnostic positif, des lésions associées et classification selon la gravité : partielle (opacification de la vessie) ou complète.
Prise en charge	- CI au sondage urétral : risque d'aggravation d'une lésion incomplète, de saignement…		
	En urgence		1) drainage des urines : KT sus-pubien 2) PEC du traumatisme du bassin : immobilisation, clamp, fixateur externe, embolisation → conditionne le pronostic vital
	A distance		- Si lésion partielle : réalignement endoscopique de l'urètre - Si lésion complète : réparation chirurgicale
	Précoces		- Infection - Saignement - IRA (si diagnostic tardif)
	Moyen terme et tardives		- Sténoses urétrales récidivantes - Incontinence urinaire - Dysfonction érectile (lésions nerveuses) } Complications principales = fonctionnelles

ITEM 329 : TRAUMATISME DES OGE

- Mécanisme : choc direct ++ ou traumatisme pénétrant

Diagnostic	Int		- Antécédents - Contexte de survenue : mécanisme, heure exacte
	SC		**Examen bilatéral et comparatif :** - Augmentation du volume de la bourse - Testicule souvent non palpable dû à l'hématome - Luxation testiculaire possible (anneau inguinal), - Douleur ++
	PC	Bilan biologique	- non spécifique (bilan polytraumatisme)
		Imagerie	- **Echographie scrotale** en URGENCE (détermine les indications chirurgicales) ↳ **hématocèle volumineuse** : hématome intravaginal extratesticulaire > 3x volume du testicule controlatéral ↳ **rupture de l'albuginée** : issu de la pulpe testiculaire
Prise en charge	- CI au sondage urétral : risque d'aggravation d'une lésion incomplète, de saignement…		
	Ttt chirurgical		- **Exploration chirurgicale** en URGENCE si hématocèle volumineuse, rupture de l'albuginée ou scrotum hyperalgique inexaminable : exerèse de la pulpe nécrosée, évacuation de l'hématome, fermeture de l'albuginée - **Repositionnement du testicule** et **orchidopexie** si luxation testiculaire
	Ttt conservateur		- Indication : hématomes des tuniques scotales
Complications	Précoces		- Risque d'ochidectomie si évolution défavorable (nécrose, abcès)
	Moyen terme et tardives		- Atrophie testiculaire - Infertilité (si testicule controlatéral pathologique)

Au total : tout hématome scrotal hyperalgique ou aspect échographique de rupture de l'albuginée doit motiver une exploration scrotale en urgence ++